FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. 13 N° 117.

8 *

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 juillet 1862,

Par Achille DIEUZAIDE,

né à Lectoure (Gers),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris.

OPÉRATION

DE LA

HERNIE ÉTRANGLÉE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1862

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	MM.
M. RAYER, DOYEN.	
Anatomie	JARJAVAY, Président.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine comparée	RAYER.
Histologie	ROBIN.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	.....
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	.....

Doyen honoraire, M. le Baron P. DUBOIS.

Professeurs honoraires, MM. CLOQUET et ADELON. — *Secrétaire,* M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. FOUCHER.
BAILLON.	GUBLER.
BARTH.	GUILLEMIN.
BLOT.	HÉRARD, Examinateur.
BOUCHUT.	LASÈGUE.
BROCA.	LECONTE.
CHAUFFARD.	PAJOT.
DELPECH.	REVEIL.
DUCHAUSSOY.	RICHARD.
EMPIS.	SAPPEY, Examinateur.
FANO.	TRÉLAT.
FOLLIN.	VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MA GRAND'MÈRE.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRÈRE.

A MES PARENTS, A MES AMIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22326121

A M. GAVARRET,

Professeur de Physique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Faible témoignage de reconnaissance pour le vif intérêt que vous n'avez cessé de me témoigner dans le cours de mes études médicales.

A MON EXCELLENT MAITRE,

M. JARJAVAY,

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Dès le début de mes études médicales, vous m'avez honoré de votre bienveillance et de votre amitié ; je n'oublierai jamais les services que vous m'avez rendus et les précieuses leçons que j'ai puisées dans votre enseignement.

A M. MONNERET,

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Dans le cours d'une longue maladie, vous m'avez prodigué vos soins; croyez bien que je ne laisserai jamais passer l'occasion de vous en témoigner ma reconnaissance.

Je vous dois aussi d'excellents principes de médecine, qui seront mes meilleurs guides dans la pratique.

A M. MICHON,

Chirurgien de la Pitié,
Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

J'ai suivi vos leçons pendant deux ans, et je suis heureux de rendre hommage au praticien habile et au maître si bienveillant pour son élève.

A MES MAITRES PENDANT L'INTERNAT:

M. JARJAVAY

(hôpital de Lourcine, 1859),

M. MICHON

(hôpital de la Pitié, 1860);

M. FRÉMY, M. MOUTARD-MARTIN

(hôpital Beaujon, 1861);

M. JARJAVAY

(hôpital Saint-Antoine, 1862).

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX:

MM. MONNERET, CULLERIER, GOSSELIN,

MOREL-LAVALLÉE, DEPAUL.

Je vous remercie de l'intérêt que vous m'avez témoigné et des bonnes leçons que j'ai reçues de vous.

OPÉRATION

DE LA

HERNIE ÉTRANGLÉE.

L'opération de la hernie étranglée est une des plus difficiles de la chirurgie. C'est celle qui peut présenter les circonstances les plus imprévues. J.-L. Petit avouait qu'il ne savait pas précisément ce qu'il allait faire quand il entreprenait une pareille opération. Les chirurgiens les plus expérimentés y trouvent souvent l'occasion d'apprendre quelque chose de nouveau. Tel est le langage que nous tenait souvent dans sa clinique mon excellent maître M. Michon.

Aussi, puisque chaque fait peut renfermer un enseignement pour le chirurgien, doit-on s'empresser de faire connaître ceux qui sortent un peu de l'ordinaire. Pendant mon internat, j'ai recueilli plusieurs observations de hernie étranglée qui ont présenté des difficultés sérieuses. J'ai choisi les plus intéressantes, et je vais les exposer en les faisant suivre de quelques remarques.

Je n'ai pas l'intention de faire l'histoire complète de l'opération de la hernie étranglée ; je parlerai de cette opération surtout au point de vue des faits que j'ai recueillis.

J'ai eu le bonheur de faire cette opération cette année à l'hôpital Saint-Antoine. En l'absence de mon chef, M. Marx, directeur de l'hôpital, a bien voulu me témoigner assez de confiance pour m'autoriser à la pratiquer.

Qu'il me soit permis de remercier notre excellent directeur, et de lui dire que je ne laisserai jamais passer l'occasion de lui en témoigner ma reconnaissance.

Avant de passer mes observations en revue, je vais exposer les règles ordinaires de l'opération.

Je ne m'occuperai que des hernies crurales et inguinales, n'ayant pas recueilli d'observation de hernie ombilicale étranglée.

Franco est le premier qui a connu le nécessité de remédier à l'étranglement des hernies par une opération. C'est lui qui, en incisant l'anneau, mit les parties déplacées à l'abri de la compression qu'il exerce sur elles. Avant ce chirurgien célèbre, on n'opérait que les hernies devenues volumineuses, pour en tenter la cure radicale.

L'accident de l'étranglement était à peine connu, et les moyens qu'on avait proposés pour le faire cesser se bornaient à des tentatives de réduction et à des applications extérieures. Franco essaya les purgatifs et employa une opération qui n'était connue de personne.

Il ne faisait d'abord qu'inciser l'anneau, et ne se décidait à ouvrir le sac que lorsqu'il trouvait trop de résistance à réduire l'intestin.

J.-L. Petit adopta la première méthode, qui consiste à réduire sans ouvrir le sac.

Mais la méthode de l'incision du sac a prévalu de nos jours; elle seule permet d'apprécier exactement l'état de l'intestin et de prendre les mesures que nécessitent les complications.

L'opération de la hernie étranglée ou la kélotomie consiste à lever l'étranglement par la section, par le débridement du pourtour de l'ouverture qui le produit, et à replacer dans le ventre les viscères qui forment la hernie.

L'opération se compose de plusieurs temps :

Il faut : 1° inciser la peau, 2° les tissus sous-cutanés, 3° faire l'ou-

verture du sac, 4° distinguer les éléments contenus dans le sac, 5° lever l'étranglement; 6° amener à l'extérieur l'intestin hernié, 7° opérer la réduction.

1° *Incision de la peau.*

Dans la hernie crurale, l'incision se fait en travers, parallèlement au grand diamètre de la tumeur et dépassant les deux extrémités de ce diamètre. On peut faire une incision en T si on n'a pas assez de jour; on peut encore faire une incision courbe, comme le fait toujours mon excellent maître, M. Jarjavay. L'incision contourne la partie inférieure de la tumeur et permet à la peau de se lever comme un lambeau flottant qui découvre la hernie.

Pour la hernie inguinale, elle se fait obliquement, suivant l'axe de la tumeur. Puisque l'étranglement a son siége au niveau de l'anneau abdominal, dit M. le professeur Malgaigne, il faut pratiquer une incision qui soit à la fois au-dessus et au-dessous de l'étranglement. M. le professeur Malgaigne ne veut pas que l'incision descende jusqu'à la partie inférieure du sac. M. le professeur Jarjavay veut, au contraire, que l'incision descende aussi bas. Pour les hernies congénitales, les auteurs sont généralement d'accord pour ne pas prolonger l'incision, de peur de voir le testicule s'échapper par la plaie; même dans ce cas, M. le professeur Velpeau, craignant d'avoir un cul-de-sac où le pus s'accumulera, propose d'ouvrir jusqu'au fond, mais d'appliquer un ou deux points de suture sur la tunique vaginale, si le testicule a de la tendance à s'échapper.

Quelques chirurgiens, M. Michon entre autres, craignant d'arriver trop vite aux couches sous-cutanées, soulèvent la peau par un pli vertical dans la hernie crurale, et horizontal dans la hernie inguinale; ils incisent ce pli soit de son sommet à sa base, soit de sa base à son sommet par transfixion.

2° *Inciser les tissus sous-cutanés.*

Quand la tumeur est ancienne, les couches celluleuses et fibreuses se multiplient par un travail en quelque sorte hypertrophique; et c'est ainsi que Tompson est arrivé à trouver dix-huit enveloppes autour de certaines hernies inguinales.

L'inflammation change complétement l'aspect des parties; les feuillets celluleux, multipliés par la présence de la hernie, ou par l'action du bandage, se confondent plus ou moins les uns avec les autres, sous l'influence du travail inflammatoire.

Enfin, pour la hernie crurale, on traverse anatomiquement les deux couches sous-cutanées, l'une cellulo-graisseuse, l'autre lamelleuse, renfermant des ganglions lymphatiques, l'aponévrose, le *fascia propria* et le sac.

Pour la hernie inguinale, on traverse les deux lames du *fascia superficialis* et la gaîne fibreuse que l'aponévrose engaînante du grand oblique envoie sur le cordon, le crémaster, les gaînes fournies par le *fascia transversalis* fibro-celluleux, celle du *fascia propria*, enfin le péritoine ou le sac lui-même.

Quand on fait l'incision aussi haut que M. Malgaigne, on divise successivement l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse.

Les tissus sous-cutanés sont souvent œdémateux.

Entre la peau et le sac herniaire, on peut trouver des abcès dus à la violence de l'inflammation, un kyste plein de sang ou de sérosité; le kyste se trouve vide quelquefois (observation 1re). On rencontre assez fréquemment, au devant du sac herniaire, des masses graisseuses plus ou moins volumineuses.

3° *Ouverture du sac herniaire.*

Tantôt sa paroi est mince et transparente, tantôt elle est épaissie.

Sa surface interne est lisse et grisâtre, d'autres fois rouge et violacée. On y aperçoit quelquefois des taches noirâtres, dues à de petits épanchements de sang.

Pour procéder à son ouverture, on en soulève un lambeau et on l'excise horizontalement avec le bistouri ; puis on le fend, dans toute l'étendue de la plaie, sur la sonde cannelée. Quelquefois le sac herniaire est tout à fait vide, les deux feuillets du péritoine peuvent être agglutinés l'un à l'autre sans fausses membranes appréciables.

Le chirurgien peut ouvrir l'intestin en croyant ouvrir la poche péritonéale. Mais la rencontre d'une tunique charnue à double plan de fibres, au-dessous d'une toile séreuse, complétement adhérente, ne permettra pas de méconnaître l'intestin, dit M. le professeur Velpeau.

En général, le sac herniaire renferme une quantité variable de liquide, le plus souvent de la sérosité jaunâtre et sanguinolente, et quelquefois du sang liquide ou en caillots (observation 4); on peut trouver le liquide épais et fétide, sans qu'il y ait de perforation (observation 1re); enfin on peut trouver un liquide grisâtre et fétide, dû à la perforation de l'intestin, comme dans le cas que j'ai observé à l'hôpital Beaujon.

M. le professeur Gosselin vint, un soir, opérer une hernie inguinale étranglée depuis plusieurs jours. L'ouverture du sac amena un liquide fétide et grisâtre. L'intestin était gangrené, aplati, flasque; on avait de la peine à le distinguer dans le fond de la plaie. M. Gosselin l'incisa sans chercher à le fixer; il eut ensuite beaucoup de peine à pénétrer dans l'intestin avec une sonde de femme. Il pénétra heureusement dans le bout supérieur sans pouvoir ensuite trouver l'inférieur. Les matières s'écoulèrent par la sonde, puis reprirent leur cours habituel, et le malade guérit.

Nous avons vu, cette année, à Saint-Antoine, une hernie épiploïque donnant quelques signes d'étranglement, et accompagnée d'un épanchement considérable de sérosité dans le sac herniaire.

On trouvait, dans l'aine gauche, une tumeur en bissac, grosse comme les deux poings, fluctuante. Le malade avait des nausées, des douleurs vives dans le ventre, de la constipation ; la face grippée; le pouls à 124.

On ouvrit la tumeur par la partie déclive, et il s'écoula 600 gr. de sérosité. On sentit alors une masse molle qui bouchait l'orifice du sac herniaire : c'était seulement de l'épiploon.

Aussitôt que le sac est largement ouvert, les viscères acquièrent quelquefois un volume beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait pensé tout d'abord, au point même de faire croire qu'il vient de s'en échapper une nouvelle portion par l'ouverture herniaire.

Quand la hernie est volumineuse, l'inflammation en a souvent collé les divers replis entre eux ou avec le sac; de légères tractions, les doigts glissés entre les parties, suffisent pour les séparer en pareil cas.

Si des adhérences anciennes empêchaient de les isoler complétement, un bistouri en ferait aussitôt justice.

4° *Distinguer les éléments contenus dans le sac.*

Si on a affaire à une entéro-épiplocèle, les connexions de l'épiploon avec l'intestin peuvent présenter une grande importance : tantôt l'épiploon forme une espèce de corde enroulée autour de l'anse intestinale, et fixée au sac par des adhérences anciennes.

L'observation 4 en est un exemple.

D'autres fois l'épiploon forme autour de l'intestin un sac complet, concentrique au sac herniaire. Il peut se faire qu'un collet se forme au niveau de l'ouverture abdominale du sac épiploïque, et que ce collet devienne la cause de l'étranglement.

Le chirurgien peut méconnaître la présence de l'intestin au centre de l'épiploon, et réduire en masse le sac épiploïque et l'intestin étranglé par le collet de ce sac.

Un opérateur partisan de l'excision de l'épiploon pourrait, sans le savoir, exciser l'intestin.

Roux fut un instant arrêté dans une opération par un de ces sacs épiploïques; il se décida à inciser la substance de l'épiploon avec la plus grande prudence, et trouva au centre l'anse intestinale étranglée.

Il débrida, réduisit l'intestin, et le malade guérit.

J'ai deux observations identiques : un malade a guéri, l'autre a succombé (observations 7 et 3).

Si l'on a affaire à une entérocèle, tantôt on trouve l'intestin d'un rouge uniforme, tantôt un léger œdème avec épaississement de la paroi intestinale; tantôt l'intestin est noir ou violet, ecchymotique. Le sang s'infiltre quelquefois entre les tuniques et les sépare partiellement les unes des autres; il peut s'y former de petits abcès. Tantôt l'intestin est de couleur cuivrée, feuille-morte; c'est que la gangrène s'est déclarée : alors l'intestin est flasque, sans élasticité, comme dans le cas que j'ai observé à Beaujon l'année dernière.

On peut trouver l'intestin perforé; quelquefois ces perforations sont dues à la gangrène, quelquefois aussi elles sont le résultat de la constriction.

Dans les fortes constrictions, c'est la tunique séreuse qui persiste, alors que la muqueuse est détruite; mais on a vu des cas dans lesquels cette membrane était rompue, tandis que la muqueuse ou la tunique celluleuse avaient résisté.

Tantôt l'intestin est coupé, mais la plaie est bouchée par l'anneau constricteur; et quand on lève l'étranglement, les matières s'échappent par la perforation que vous avez découverte.

Tantôt la perforation est incomplète, une ou deux tuniques ayant résisté; c'est alors que la moindre traction un peu violente pourrait la compléter.

5° *Lever l'étranglement.*

Il y a deux méthodes : la méthode de la dilatation et celle de l'incision.

La première était adoptée par J.-L. Petit, Rey, Bonnet (de Lyon). M. le professeur Malgaigne la préconise également ; voici ce qu'il en dit : « Dans la hernie crurale, le plus généralement, l'étranglement est produit par un des trous du fascia cribriformis ; je ne l'ai jamais trouvé ailleurs. »

En considérant la faiblesse des faisceaux du fascia cribriformis, je tente de glisser, soit en dehors du sac, soit par le sac même, un instrument mousse, entre le pédicule de la hernie et l'orifice aponévrotique, et d'érailler cet orifice en pressant sur l'instrument soit en dehors, soit en dedans. C'est en dedans que j'opère le plus volontiers, parce que le fascia offre de ce côté moins de résistance ; du reste, j'ai dirigé le débridement en dehors de la même manière et avec une égale sécurité, et depuis que j'ai adopté ce procédé, je n'ai encore rencontré qu'un seul cas où il m'ait fallu recourir au bistouri.

Pour la hernie inguinale, s'il existait un étranglement par l'anneau, il serait possible de réduire sans ouvrir le sac ; mais M. Malgaigne dit n'avoir jamais rien vu de pareil, aussi a-t-il recours à l'ouverture du sac.

M. le professeur Malgaigne est le seul chirurgien de Paris qui ait adopté la méthode de la dilatation.

La méthode de l'incision est généralement adoptée.

Le sac étant ouvert, on glisse la face dorsale de l'index de la main gauche le long de l'intestin ; on écarte un peu ce dernier, puis on dirige un bistouri droit boutonné, ou un bistouri courbe boutonné de Pott ou d'A. Cooper, sur la face palmaire de l'index, et on débride directement en dedans.

On débride dans ce sens, à cause de l'absence habituelle de vaisseaux. L'artère obturatrice, quand elle vient de l'épigastrique, passe bien alors en dedans de la hernie, au-dessus du ligament de

Gimbernat, mais assez haut, je crois, pour qu'on puisse débrider sans l'intéresser, puisque le ligament de Gimbernat peut lui-même ne pas être lésé.

On peut aussi débrider en haut, mais on pourrait blesser l'artère spermatique et le cordon. On a conseillé alors d'élever le ligament de Fallope avec un crochet.

A. Cooper faisait une incision transversale sur l'aponévrose de l'oblique externe ; il attirait en haut le cordon ; puis, avec une sonde cannelée, il fendait le ligament de Fallope de haut en bas.

Dupuytren veut que l'on fasse une incision oblique de bas en haut et de dedans en dehors, d'après le trajet du cordon.

Scarpa a conseillé de pratiquer l'incision du côté du pubis, et obliquement de haut en bas, c'est-à-dire sur le bord concave du ligament de Gimbernat, parallèlement au ligament de Fallope.

Verpillat a préconisé le débridement en arrière, sur le ligament pubien, dont l'incision donne un élargissement notable de l'embouchure de l'infundibulum.

Vidal (de Cassis) a préconisé le débridement multiple.

C'est au débridement en dedans ou en haut que j'ai vu donner la préférence.

Tous ces moyens tomberaient devant cette considération que jamais la constriction n'est exercée par l'anneau crural proprement dit, c'est-à-dire par l'orifice de l'entonnoir ; mais ce n'est pas l'opinion de tous les chirurgiens.

Pour la hernie inguinale, au lieu de mettre à nu, comme on le fait généralement, le corps de la hernie, ce qui empêche le débridement profond fait à l'aveugle, à l'aide du bistouri conduit loin de l'œil sur la pulpe du doigt, ou sur la cannelure de divers instruments plus ou moins protecteurs, M. Malgaigne veut qu'on incise l'anneau constricteur à ciel ouvert, à petits coups et de dehors en dedans. On aperçoit alors au grand jour la rainure circulaire creusée sur l'intes-

tin, dont la transparence du péritoine permet déjà d'observer l'état.

En opérant ainsi, l'exploration directe du collet est possible sans traction, sans déplacement de l'anse herniaire.

Mais M. Malgaigne reconnaît lui-même qu'il n'est pas toujours facile de découvrir le siége de l'étranglement dans les hernies inguinales dont le collet est très-élevé.

Par cette méthode, on ne prend pas connaissance de l'état des intestins renfermés dans le sac ; mais cela importe peu, dit ce même auteur, puisque, par le taxis, la réduction aurait été faite sans ouvrir le sac, si on avait pu exécuter cette manœuvre. D'ailleurs, s'il y avait quelque trace de gangrène, on s'en apercevrait en réduisant les intestins.

Quant aux autres chirurgiens, les uns ont conseillé de débrider au dehors, les autres au dedans ; d'autres, entre les deux piliers. Si le diagnostic était toujours possible, il faudrait évidemment, pour éviter la lésion de l'épigastrique, débrider en dehors dans la hernie inguinale externe, en dedans dans la hernie interne. Scarpa et Dupuytren ont conseillé de débrider toujours directement en haut ; on peut employer le débridement multiple.

6° *Amener à l'extérieur l'intestin hernié.*

On prescrit d'attirer au dehors la portion étranglée, parce que, sans cette précaution, on courrait risque de reporter dans le ventre un point rétréci, ulcéré de l'intestin. On dit encore que, l'anse devenant ainsi plus longue, les matières qu'elle contenait se répartissent sur une plus grande surface, la distendent moins, et rendent la réduction plus facile.

En 1839, M. le professeur Velpeau disait qu'on pouvait ainsi compléter une déchirure, une ulcération de l'intestin, et n'attirait jamais l'intestin au dehors ; mais depuis il a changé de pratique, et il pense maintenant qu'il faut toujours, et dans tous les cas, examiner attentivement l'anse intestinale que l'on va réduire. Mon excellent maître,

M. Jarjavay, est encore partisan de l'ancienne pratique de M. Velpeau, et n'attire pas l'intestin.

A la Société de chirurgie, il a surtout défendu cette pratique dans les hernies crurales marronnées qui ne renferment qu'un coude de l'intestin. L'anneau constricteur détermine quelquefois, dans ces cas, un étranglement comme le ferait un fil. C'est au fond de cette rainure circulaire, dont les bords sont froncés, que se produisent de petites ouvertures. M. le professeur Jarjavay est persuadé que quelquefois on a réduit, sans le savoir, des anses herniées qui étaient dans cet état; des tractions pour ramener l'intestin au dehors lui semblent devoir produire ces petites ouvertures, en déplissant le fond de la rainure circulaire.

« Quelques opérateurs, dit M. le professeur Malgaigne, veulent que l'on tire l'intestin au dehors pour juger de son état, et cependant ces mêmes chirurgiens auraient réduit l'intestin par le taxis sans le voir. Il est complétement inutile d'attirer l'intestin au dehors, tant qu'on ne voit pas d'ulcération. »

« Il est des cas, dit M. le professeur Velpeau, où il est facile d'amener l'anse intestinale au dehors, sans exercer de fortes tractions; mais on doit savoir aussi qu'il est des cas dans lesquels il faut employer une assez grande force. L'intestin peut être distendu ou même adhérent au-dessus et au niveau de l'étranglement, et l'anse herniée résiste quand on veut l'attirer à l'extérieur.

« Quand donc je sens l'intestin céder sans de grands efforts, je l'attire à l'extérieur; quand il résiste, je redouble de précaution; et il m'est arrivé, si je trouvais trop de résistance, de repousser doucement l'anse herniée jusqu'au-dessus de l'étranglement, toujours prêt à la retirer si j'avais vu le moindre écoulement de matières intestinales; mais je n'agissais ainsi que quand l'étranglement était bien levé et que rien ne me portait à admettre une perforation. » MM. Michon, Nélaton, Gosselin, attirent l'intestin à l'extérieur avant de le réduire. C'est la pratique généralement suivie.

Il y a un moyen fort simple qui réussit assez bien pour amener

l'intestin hernié à l'extérieur, c'est de faire tousser le malade. Si cela ne suffit pas, il faut l'attirer avec les doigts. M. Huguier conseille de chercher le bord mésentérique ou le mésentère lui-même, sur lequel on peut, dit-il, appliquer des pinces pour attirer l'anse intestinale.

7° *Réduction de la hernie.*

S'il y a de l'épiploon il ne faut pas le faire rentrer.

L'épiploon le plus sain dès qu'il a été frappé par l'air extérieur pourra se mortifier dans l'abdomen. L'épiploon laissé au dehors pourra faire l'office de bouchon, et être plus tard une garantie contre le retour de la hernie.

Quant à l'intestin, on le réduit de la manière suivante : après avoir disséminé d'une manière égale les matières renfermées dans l'anse que l'on a sous les yeux, on saisit l'intestin près de l'anneau entre le pouce et les autres doigts de la main gauche, et on exerce une légère pression. Il ne faut point se hâter, la réduction se fait ainsi peu à peu.

Si l'étranglement existe à l'orifice interne du canal, et qu'il n'ait pas été détruit, les intestins peuvent s'engager entre le *fascia transversalis* et les muscles, décoller ces parties et y rester. Lorsqu'un accident pareil est arrivé, la première chose à faire, c'est de reproduire la hernie en faisant tousser le malade ou en allant chercher l'intestin avec les doigts.

Il peut se faire qu'après la réduction le cours des matières ne se rétablisse pas. Ce cas peut tenir à une bride épiploïque, comme on le voit dans l'observation 4, à un coude de l'intestin (observ. 5), à un rétrécissement consécutif à la constriction.

Dans ces cas, lorsqu'on ne peut que soupçonner la cause, est-il indiqué de débrider largement et d'aller chercher dans le ventre l'anse hernié? C'est là une question bien délicate. Le chirurgien ne connaît pas la nature de l'obstacle, doit-il ainsi aller au hasard? Dans

un cas pareil, observation 5, on verra la conduite qu'a tenue M. le professeur Jarjavay.

La réduction est quelquefois impossible dans ces cas de hernie ancienne et volumineuse; les intestins ont perdu, pour ainsi dire, droit de domicile. Dans un cas pareil, J.-L. Petit, qui avait fait la réduction avec beaucoup de peine, fut obligé de faire ressortir la hernie pour faire cesser les accidents. On laisse les intestins dans le sac, ils finissent par rentrer insensiblement, sinon en totalité, du moins en très-grande partie.

La gangrène est l'accident qui s'oppose le plus formellement à la réduction. Mais, dans les cas de perforations produites par le bistouri dans le cours de l'opération, dans les perforations consécutives à la constriction, à la déchirure des adhérences, alors que les parois intestinales ne sont pas profondément altérées, quelle conduite faut-il tenir?

La question a été discutée avec beaucoup de soin l'année, dernière, à la Société de chirurgie.

J'ai moi-même recueilli trois observations, 7, 8 et 9, qui ont une grande importance dans la question.

Je suis d'autant plus heureux d'apporter ces matériaux, que M. le professeur Gosselin disait dans cette discussion :

« Aucun de nous ne possède assez de faits pour établir des règles certaines pour la pratique. Lorsqu'une perforation est reconnue, et que la réduction pure et simple est rejetée comme trop dangereuse, faut-il faire une suture, ou bien établir un anus contre nature, ou bien laisser l'intestin dans la plaie et attendre? »

Dans des cas pareils, il n'a pas eu recours à la suture, parce qu'il ne connaît pas assez de succès à la suite des sutures faites sur l'intestin étranglé, et parce que théoriquement il craint la non-réunion sur une paroi intestinale enflammée et altérée par l'étranglement. Il se rallierait volontiers à cette manière de voir si on lui citait plusieurs exemples authentiques de guérison. Jusqu'à présent il a donné la préférence à l'abandon dans la plaie de l'anse intestinale perforée, après avoir fait un débridement convenable.

Il n'emploie pas de fil ni aucun moyen pour retenir l'intestin au dehors. Il fait de même dans les cas où il établit un anus contre nature. L'intestin a peu de tendance à rentrer brusquement si on a soin de ne pas le comprimer. Sa réduction spontanée étant progressive et lente, on peut compter sur les adhérences pour apporter obstacle à l'épanchement dans la cavité péritonéale.

J'ai rapporté tout au long la pratique de M. le professeur Gosselin. J'ai suivi ses cliniques pendant quelque temps à l'hôpital Cochin. Il m'a toujours témoigné beaucoup de bienveillance et d'amitié; et je me laisserai facilement aller à suivre sa pratique. Mais j'ai recueilli, dans le service de mon maître, M. Michon, les observations relatives à la question qui nous occupe.

M. Michon est partisan très-déclaré de la réduction après suture dans les cas de perforation. C'est là sa pratique habituelle quand les parois intestinales ne sont pas trop altérées.

Il ne se décide à établir l'anus contre nature que lorsqu'il ne peut faire autrement.

A la Société de chirurgie, M. Velpeau a dit aussi aux partisans trop déclarés de l'anus contre nature :

« J'ai entendu parler légèrement de l'anus contre nature. On en guérit beaucoup, c'est vrai, quand l'anus est constitué, mais il en est qui sont incurables, et combien de malades ne voyons-nous pas succomber avant que l'anus soit bien établi.

Du reste, M. le professeur Velpeau a publié, dans sa *Médecine opératoire,* deux obervations de guérison après réduction sans suture d'un intestin perforé.

M. Bauchet a lu à la Société de chirurgie une observation recueillie par mon ami et collègue Meunier. Il a réduit sans suture un intestin perforé; la malade a succombé vingt jours après l'opération, mais à la suite d'un érysipèle.

M. le professeur Velpeau a résumé sa manière de faire actuelle :

« Pour être autorisé à réduire, dit-il, il faut que l'intestin soit parfaitement sain dans les points où n'existe pas la perforation; il faut

que les perforations soient très-petites et surtout nettement limitées. Il faudrait que l'on eût raison de supposer que l'anse intestinale herniée appartient à une portion du jéjunum rapprochée de l'estomac, et que par conséquent on eût tout à redouter de l'établissement d'un anus contre nature. »

Les membres de la Société de chirurgie ont généralement rejeté la réduction sans suture; ils n'admettent pas, malgré les quelques succès signalés, que l'on puisse réduire une perforation, qui peut donner lieu librement à un épanchement de matières fécales dans l'abdomen.

Ils ont discuté la question de la suture, que M. le professeur Gosselin admettrait volontiers, s'il avait assez de faits en sa faveur, et généralement les membres de la Société de chirurgie l'ont rejetée.

Les uns fixent l'intestin dans la plaie, soit en passant un fil sur l'intestin, soit en le passant sur le mésentère. M. Huguier craint qu'un fil passé dans le mésentère ne produise un coude de l'intestin. Si l'intestin ne lui paraît pas suffisamment fixé par les adhérences, il cherche s'il n'y a pas autour de l'anse herniée quelques appendices épiploïques. Il fixe l'épiploon avec un fil, se figurant agir ainsi sur l'intestin. J'ai été témoin du fait dont il a entretenu la Société de chirurgie.

J'étais de garde à l'hôpital Beaujon, lorsqu'on amena une femme atteinte de hernie étranglée depuis plusieurs jours; elle était dans un état désespéré, la face cyanosée, le voix éteinte, le pouls insensible; elle avait des vomissements fécaloïdes.

On trouvait à droite, dans la région de l'aine, une tumeur arrondie qui remontait vers l'orifice inguinal externe. Je crus tout d'abord à une hernie inguinale; mais, en l'examinant avec soin, je sentis le pédicule s'enfoncer sous l'arcade fémorale. M. Huguier, que j'avais envoyé chercher au plus vite, se trompa également; aussi fit-il l'incision de la peau comme pour la hernie inguinale, ce qui ne l'empêcha pas de faire son opération avec une très-grande habileté. Il découvrit la tumeur, fit appuyer légèrement le doigt d'un aide sur

l'intestin, et débrida de bas en haut sur le ligament de Fallope avec un bistouri courbe non boutonné.

En attirant légèrement l'intestin au dehors, il ne vit pas de perforation ; mais l'intestin était noir, de consistance médiocre. Il le poussa légèrement au-dessus de l'anneau, et passa alors dans l'épiploon laissé à demeure un fil qui resta dans la plaie. Je ne crois pas que ce fil ait pu contribuer à retenir l'intestin.

La malade eut une fistule stercorale et guérit du reste très-bien, contre toute prévision.

M. Michon est partisan de la suture et de la réduction de l'intestin dans les perforations, lorsque les parois ne sont pas très-altérées. Il l'emploie plus volontiers encore dans les cas où l'intestin a pu être blessé dans l'opération.

Il a eu plusieurs succès dans des cas de ce genre.

Sur trois faits que j'ai recueillis dans son service, il y a eu deux guérisons, et le troisième ne prouve rien contre la suture. Le malade a succombé à une péritonite, sans qu'il y ait eu épanchement de matières fécales dans l'abdomen. La perforation était parfaitement fermée, et les fils intacts recouverts de lymphe plastique.

J'adopte la manière de faire de mon maître M. Michon, et, dans des cas pareils, je n'hésiterai pas à suivre son exemple.

On trouve d'autres faits de guérison dans les mêmes conditions. On en trouve six dans les cas d'intestins perforés à la suite d'étranglement ; ils appartiennent à J. Cloquet (*Archives gén. de méd.*, 1re série, t. XI), Laugier (*Bulletin chirurgical*), A. Cooper (*On hernia*), Lawrence (*A Treatise on hernia*, 4e édit.; 1858), Gibson (*Institute of surgery*), Nuncianti (Guthrie, *Wound of abdomen*).

On en trouve cinq dans les cas de blessure de l'intestin dans le cours de l'opération, appartenant à Lawrence (*op. cit.*), Cloquet, Jobert (*Archiv. gén. de méd.*, t. III, 2e série), Gely (mémoire sur la suture intestinale), Nuncianti (*op. cit.*), Giraldès (discussion à la Société de chirurgie).

OBSERVATION Ire.

Hernie inguinale dans la tunique vaginale (mais non congénitale proprement dite); péritonite herniaire; étranglement consécutif; opération. Guérison.

Salle Saint-François, n° 25, service de M. le professeur Jarjavay.

G..... (Paul), 30 ans, est entré, le 24 juin 1862, se plaignant de coliques violentes, de constipation et de vomissements. Il fait remonter ces accidents à huit jours.

Il est porteur d'une hernie inguinale gauche depuis trois ans, n'a jamais porté de bandages. Sa hernie sortait de temps en temps sous l'influence des efforts; elle est irréductible depuis quinze jours, quoique les accidents ne datent que de huit jours.

24 juin. État actuel : on trouve dans la région de l'aine et du scrotum, à gauche, une tumeur volumineuse, pyriforme, à grosse extrémité tournée en bas; elle est rouge, douloureuse; le testicule se confond avec cette tumeur.

Avons-nous affaire à une violente inflammation du testicule et du cordon qui donne lieu aux signes ordinaires de l'étranglement herniaire? Avons-nous affaire à l'inflammation de la hernie? L'irréductibilité de la tumeur depuis quinze jours, la résistance du malade à huit jours d'accidents, semblent faire croire à une péritonite herniaire.

Mais il existe des signes évidents d'étranglement. Alors je crois que le début de la maladie a été une inflammation de la hernie; mais que l'inflammation s'est propagée aux parties contenues dans le sac, et a produit dans ces parties un gonflement tel que l'étranglement en est devenu la conséquence.

Je prescris une application de 30 sangsues, un lavement purgatif. Je crus pouvoir attendre jusqu'au lendemain.

Le 25. A l'heure de la visite, le malade est encore plus souffrant. Il a vomi toute la nuit; mais ses vomissements ne sont pas féca-

loïdes. Il se plaint surtout de sa constipation et de ses douleurs de ventre. Le pouls est petit, fréquent; la figure est fortement grippée.

Je n'hésite plus à croire qu'il y a là une hernie étranglée. Je vais prévenir M. Marx, directeur de l'hôpital, et lui dire que l'opération est des plus urgentes. Je lui demande l'autorisation de la pratiquer en l'absence de mon chef.

M. le directeur s'en rapporte complétement à moi. Je ne saurai trop l'en remercier; je ne l'oublierai jamais.

Je procède immédiatement à l'opération, en sa présence, et assisté par mon collègue dans le service, M. Cruveilhier, mes collègues de l'hôpital, MM. Decori et Lévi, et les élèves du service. Je les remercie de leur assistance intelligente et dévouée.

La peau est trop distendue pour qu'il me soit possible d'y faire un pli que j'aurais fendu d'avant en arrière. Je fais une incision sur place de 8 centimètres environ, n'intéressant que la peau ; puis, avec une pince et un bistouri droit, je coupe en décollant les diverses couches, et je les fends sur la sonde cannelée. Je trouve bientôt une membrane lisse, vasculaire; je crois être sur le sac; cette membrane incisée, je tombe dans une poche vide et vois une autre membrane identique; je coupe, et ce n'est pas encore le sac; enfin, après avoir traversé des couches nombreuses que le scalpel eût pu multiplier, un flot de sérosité m'annonça que cette fois j'avais ouvert le sac.

Je l'ouvris largement : un flot de sérosité à odeur fétide s'échappa avec des flocons de fausses membranes pelotonnées. Je tombe alors dans une vaste poche descendant jusqu'au testicule; le cordon est là dans le fond de la plaie, recouvert de fausses membranes; les parois du sac en sont tapissées. Enfin, dans le haut de la poche, je trouve une tumeur élastique, rouge, du volume d'une noix. C'est l'intestin recouvert çà et là de fausses membranes. Je détache les adhérences du pourtour de l'intestin assez facilement.

Je prolonge l'incision en haut sur la sonde cannelée en incisant les tissus de dehors en dedans dans la direction de la sonde pour bien arriver au niveau de l'étranglement.

L'indicateur gauche étant introduit dans la plaie, le dos tourné vers l'intestin, je fais glisser le long de sa face palmaire le bistouri courbe boutonné d'A. Cooper. Je débride directement en haut; l'incision de l'anneau qui étranglait l'intestin se fait avec un craquement que tous les assistants ont pu entendre.

Quand je crois avoir débridé suffisamment, je détache avec le doigt les adhérences de l'intestin au niveau de l'étranglement. J'essaye d'attirer un peu l'intestin; il est rouge, bien élastique, bien tendu, sans trace de perforation; je n'hésite pas à le réduire.

Il y a des fragments de lymphe plastique fixés par place sur l'intestin; je n'ose chercher à les enlever, malgré les conseils d'un chirurgien militaire qui suivait la visite. Ces fausses membranes étaient très-adhérentes, je crus ne devoir pas insister pour les détacher. En pressant doucement sur l'intestin, la réduction se fit facilement.

Deux ligatures furent appliquées dans le bas de la plaie, sur deux petits vaisseaux rétractés dans les parois, et que j'ai eu un peu de peine à saisir.

Un linge cératé, de la charpie, et un bandage triangulaire, furent appliqués.

Le malade se trouve manifestement soulagé; je lui prescris deux verres d'eau de Sedlitz.

Deux heures après l'opération, il a une vraie débâcle qui le soulage complétement.

Je vais le voir plusieurs fois dans la journée; je le trouve endormi.

26 juin. Le malade a bien dormi; le ventre est souple, peu douloureux; la peau est fraîche, pouls à 80.

27 juin. Le malade a bien dormi, a eu une selle et demande à manger; le ventre est à peine sensible.

29 juin. Les parois du sac sécrètent une quantité assez considérable de pus. Le malade va bien du reste; il mange une portion.

5 juillet. Le malade n'a eu aucune espèce d'accident. L'inflammation du scrotum a disparu; le testicule est un peu remonté; le cor-

don est dans la plaie, rouge, couvert de bourgeons charnus et adhérents aux bords de la plaie. La cicatrisation est en bonne voie.

10 juillet. La cicatrisation est presque complète.

15 juillet. Le pus s'accumulant dans le fond de la tunique vaginale, je fais une contre-ouverture et je passe une mèche.

20 juillet. Le malade est complétement guéri.

C'est là un étranglement consécutif, ce qui s'explique par cette circonstance que le malade n'avait jamais porté de bandage. Le collet du sac était large ainsi que l'anneau aponévrotique. Il a fallu que l'inflammation vînt gonfler tous les tissus pour produire l'étranglement.

La quantité de sérosité renfermée dans le sac était considérable et d'une fétidité extrême, sans qu'il y eût pour cela de perforation. Les feuillets placés au devant du sac étaient multipliés, les parois du sac fort épaissies. Les exemples de hernie non congénitale se développant dans l'intérieur de la tunique vaginale sont encore assez rares.

OBSERVATION II.

Hernie inguinale congénitale étranglée; taxis répété; opération. Mort; autopsie.

D....., marin, âgé de 28 ans. Entré le 24 juin 1862, salle Saint-François, n° 40 (service de M. le professeur Jarjavay), porteur d'une hernie inguinale droite depuis sa naissance, a eu de mauvais bandages qui contenaient mal sa hernie.

Elle ne se réduisait pas habituellement d'une façon complète; mais, depuis hier, à la suite d'un effort, elle est devenue plus volumineuse. Le malade vomit, a de la constipation et des douleurs de ventre.

24 juin. A son entrée, je trouve une tumeur assez tendue, douloureuse, sans changement de couleur à la peau, et descendant jusqu'au testicule. Je pratique le taxis et réduis une partie de la tumeur; il

en reste une portion de consistance très-molle ; mais je n'insiste pas davantage, le malade m'assurant qu'il ne réduit pas toute la tumeur habituellement.

Bains, lavement purgatif.

Les vomissements continuent, et l'interne de garde renouvelle le taxis dans la journée sans pouvoir réduire complétement.

Le soir, la tumeur est douloureuse ; je fais appliquer 20 sangsues.

25 juin. Le malade se trouve bien mieux ; peu de douleurs dans le ventre, plus de vomissements ; une selle sous l'influence du lavement ; pas de fièvre.

26 juin. Le malade se plaint surtout de sa constipation. M. Jarjavay croit que la tumeur est réduite et qu'il reste de la sérosité dans le sac, ce qui constitue cette tumeur molle persistante. — Bains, lavement purgatif.

27 juin. Constipation persistante ; les vomissements ont reparu ; la tumeur semble avoir augmenté de volume.

28 juin. Vomissements jaunâtres ; ballonnement du ventre ; douleurs vives. La tumeur est fluctuante dans sa partie inférieure ; il y a évidemment de la sérosité, mais il doit y avoir aussi une portion d'intestin. On enfonce facilement les doigts dans l'orifice inguinal externe, ce qui fait que l'étranglement doit être produit par l'orifice interne, ou plutôt par le collet du sac. M. le professeur Jarjavay se décide à l'opérer.

Incision de la peau suivant l'axe de la tumeur ; incision des couches sous-cutanées. M. Jarjavay tombe sur un paquet bleuâtre qui n'est autre chose que les veines du cordon étalées sur la tumeur ; il incise à côté sans les blesser.

Ouverture du sac. Jet de sérosité qui jaillit à distance, parce que M. Jarjavay me faisait comprimer la tumeur pour la faire jaillir le plus possible.

Incision du sac dans toute l'étendue de la plaie. La tunique vaginale est ouverte, le cordon et le testicule sont dans le fond. Dans le

haut, se trouve une anse d'intestin, du volume d'une grosse noix, repliée sur elle-même.

Débridement multiple. Il s'écoule alors de la cavité péritonéale une quantité considérable de sérosité ; cette sérosité est transparente, sans fausses membranes.

Réduction assez difficile et sans attirer au dehors l'anse herniée qui est rouge, congestionnée, mais sans aucune trace de lésion sérieuse.

Le malade se trouve soulagé.

Huile de ricin, 15 grammes, mélangés à 15 grammes de sirop de fleurs de pêcher.

Deux heures après, vraie débâcle qui soulage complétement le malade. Il s'est écoulé une quantité considérable de sérosité péritonéale, que M. Jarjavay avait, du reste, diagnostiquée avant l'opération, à la matité perçue dans la partie inférieure du ventre.

Dans la journée, le malade a une hémorrhagie qui est due à la lésion d'une artère génitale externe. On s'empresse de la lier, mais le malade a cependant perdu une quantité assez considérable de sang, avant qu'on s'en soit aperçu.

Le soir, le ventre est souple, peu douloureux. Le malade se trouve très-bien.

Dans la nuit, il est repris de douleurs horribles dans le ventre, de vomissements incessants. L'état général baisse de plus en plus. Il meurt à huit heures du matin.

30 juin. *Autopsie.* — Péritonite généralisée.

Les anses intestinales sont agglutinées par des couches de fausses membranes. Liquide jaunâtre non encore purulent, accumulé surtout dans le petit bassin.

L'anse herniée est noirâtre ; sa muqueuse présente une légère érosion. Pas d'autre lésion.

Le collet du sac est organisé, presque fibreux ; c'est sur lui qu'a porté le débridement. L'orifice inguinal interne est très-étroit ; il renferme un caillot de sang.

Cette observation est remarquable par la marche lente de l'étranglement. Le taxis répété avait fait disparaître les accidents pendant vingt-quatre heures. La hernie s'est-elle reproduite, ou n'avait-elle été réduite qu'incomplétement?

Écoulement considérable de sérosité, venant de l'abdomen, indice d'un commencement d'inflammation du péritoine.

Enfin présence, dans la plaie, des veines du cordon qui auraient pu être blessées par un chirurgien inexpérimenté.

OBSERVATION III.

Hernie crurale étranglée depuis huit jours; sac épiploïque. Mort. Autopsie; pas de péritonite.

R.... (Françoise), âgée de 60 ans, garde-malade, entre, le 23 mai 1862, salle Sainte-Marthe, n° 5 (service de M. le professeur Jarjavay).

A une hernie crurale gauche habituellement réductible; a porté de mauvais bandages.

Depuis huit jours, sa hernie est sortie, à la suite d'un effort, et a déterminé des accidents peu graves dès le début, puisqu'ils lui permettaient de donner des soins à une autre femme. Mais les coliques sont devenues plus vives, les vomissements plus fréquents et même fécaloïdes. La constipation a persisté depuis le début.

23 mai. A son entrée, la face est cyanosée, froide, le pouls insensible. On trouve dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un marron, douloureuse. La peau est rouge à sa surface.

J'envoie chercher M. Jarjavay, qui se décide immédiatement, tout en ne se faisant pas illusion sur l'issue plus que probable de l'opération.

Il fait sur la peau une incision courbe et transversale, traverse les couches sous-cutanées, arrive sur le sac, qui laisse écouler une sérosité sanguinolente.

Mais, après l'ouverture du sac, nous sommes tous surpris de voir une tumeur rouge, enflammée, que M. Jarjavay croit, un instant, n'être qu'un ganglion. Il la tourne, la retourne, cherche le pédicule qui lui paraît bien s'enfoncer sous l'arcade fémorale.

Alors il se met à couper cette tumeur couche par couche, déchirant avec ses doigts. Après avoir traversé un demi-centimètre d'un tissu rougeâtre et saignant, il sent au-dessous une certaine tension. Il procède avec ménagement, et, écartant les lèvres de la plaie, il tombe sur une tumeur rouge de la grosseur d'une aveline, qui ne laisse aucun doute sur sa nature.

C'est bien une portion d'intestin qu'il a sous les yeux, et ce tissu rougeâtre qui l'enveloppait n'était que de l'épiploon.

Dès lors l'opération devient facile; il débride en dedans, et voyant que l'intestin a une bonne consistance, qu'il n'y a pas de lésion apparente, il le fait rentrer facilement.

La malade se trouve soulagée, mais, six heures après l'opération, elle est prise de syncope. L'infirmière la découvre et la trouve inondée de sang. Je suis appelé à l'instant; j'exerce une légère compression avec des boulettes de charpie, et l'hémorrhagie s'arrête.

La malade a eu des selles nombreuses depuis l'opération, mais son pouls est presque insensible. Je lui prescris une potion cordiale, du bouillon coupé avec du vin. Elle ne peut se relever, tombe dans le coma, et succombe le lendemain à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — Pas de péritonite. La portion d'intestin étranglée n'intéresse qu'une partie de la circonférence. On voit une ligne circulaire noire au niveau de l'étranglement; au centre, un point très-aminci, mais non perforé. Ce doit être là le mécanisme de quelques perforations spontanées; c'est le *fascia cribriformis* qui a été intéressé par le débridement. Le ligament de Gimbernat est intact.

Le sac épiploïque complet qui environnait l'intestin a embarrassé le chirurgien au point de lui inspirer des doutes sur la nature de la tumeur. M. le professeur Jarjavay croyait un instant avoir affaire à

un ganglion. La malade a succombé, épuisée par l'hémorrhagie et par la douleur due à la persistance de l'étranglement.

OBSERVATION IV.

Hernie crurale étranglée depuis cinq jours, taxis forcé; opération; caillots dans le sac; gangrène du sac; persistance de l'étranglement, due à une bride épiploïque; péritonite. Mort; autopsie.

H.... (Jean), âgé de 78 ans, entré le 7 janvier 1862, n° 7, salle Saint-Lazare, service de M. le professeur Jarjavay.

Atteint de hernie crurale droite depuis quatre ans, a porté de mauvais bandages ; par deux fois sa hernie a produit des accidents d'étranglement, mais on a pu la réduire.

Elle est sortie, dans son lit, le 2 janvier pendant la nuit; il ne s'en est aperçu que lorsqu'il a éprouvé les premières coliques. Il a été pris de vomissements, de douleurs vives dans le ventre; les vomissements sont devenus fétides et ont continué jusqu'au mardi 7 janvier ; avec cela une constipation opiniâtre.

Une femme, ancienne infirmière, a fait des tentatives de taxis, d'une heure chaque fois, et plusieurs fois répétées les deux premiers jours ; elle n'a cessé que lorsque le malade a éprouvé des douleurs si vives qu'il s'est refusé à la laisser continuer.

7 janvier. A son entrée à l'hôpital, la tumeur est arrondie, du volume d'un œuf de poule, tendue, douloureuse à la pression ; elle est située au-dessous de l'arcade fémorale, en dehors de l'épine du pubis. Le malade vomit, a la face altérée, le pouls très-petit. M. Jarjavay procède à l'opération sans renouveler des tentatives de taxis.

La peau est incisée suivant une ligne courbe qui contourne la partie inférieure de la tumeur ; après avoir traversé les couches sous-cutanées, il arrive sur une membrane lisse, vasculaire, qui n'est autre chose que l'enveloppe du sac. Il l'incise et tombe sur des

caillots, qui forment une couche d'un demi-centimètre, sans sérosité étalée sur la tumeur; il les écarte et arrive sur l'anse intestinale, d'un rouge noirâtre, tendue, et qui ne paraît que fortement congestionnée.

M. Jarjavay débride au niveau de l'étranglement, et arrive jusque sur le ligament de Gimbernat, qu'il débride également; la réduction se fait sans difficulté.

Le soir ce malade se trouve bien, n'a plus de vomissements, mais se plaint de sa constipation; le ventre est ballonné; la soif est vive; la face est animée; le pouls est à 100.

Cataplasme; une pil. opium de 0,05 grammes.

8 janvier. Le malade ne se trouve pas mal; le ventre est peu douloureux, mais la soif est vive, la langue sèche; pas de selles.

Huile de ricin, 15 grammes.

Le soir, pas de selles; envie de vomir; face grippée; pouls petit; les bords de la plaie sont noirâtres.

9 janvier. Le malade meurt à six heures du matin.

Autopsie. — Les parois du sac sont noires, presque gangrenées. On trouve une masse épiploïque qui se trouvait au dehors de la tumeur et qu'on n'avait pas soupçonnée pendant l'opération. Cet épiploon est aussi très-noir; le collet du sac ne présente aucun pli, aucune induration; il est lisse et ne paraît pas avoir produit l'étranglement. Le ligament de Gimbernat porte les traces de l'incision sans être complétement détruit. En soulevant l'anse herniée, on la trouve étranglée par l'épiploon tordu comme une corde, qui a ainsi empêché le retour des selles. L'intestin est rouge, noirâtre, sans perforation; il présente un liséré noir au point comprimé; la muqueuse n'est pas ulcérée à ce niveau; la portion herniée appartient à l'intestin grêle à quatre travers de doigt du cæcum.

Le petit bassin renferme une quantité considérable de pus, qui agglutine les diverses portions de l'intestin, mais il y a du pus également dans le reste de la cavité abdominale.

OBSERVATION V.

Hernie crurale étranglée depuis trois jours; opération; persistance de l'étranglement. Mort; autopsie.

F..... (Marie), âgée de 32 ans, est entrée, le 28 juin 1862, salle Sainte-Marthe, n° 22 (service de M. le professeur Jarjavay).

Elle a une hernie crurale gauche depuis trois ans, n'a jamais porté de bandage; sa hernie est habituellement réductible. Depuis trois jours elle ne peut se réduire et a déterminé des accidents d'étranglement : vomissements, constipation, ballonnement et douleurs vives dans le ventre.

28 juin. On trouve, dans la partie crurale de l'aine, une tumeur arrondie, du volume d'une petite pomme, rouge, tendue, douloureuse; le ventre est ballonné, les vomissements sont fécaloïdes, le pouls filiforme, les extrémités refroidies, la figure est cyanosée et fortement grippée.

M. Jarjavay procède à l'opération à cinq heures du soir.

Incision de la peau suivant une ligne courbe à convexité inférieure, circonscrivant la partie inférieure de la tumeur. Les couches sous-cutanées incisées, M. Jarjavay arrive bientôt sur une membrane lisse, fine, vasculaire, et l'incise avec précaution. L'incision donne lieu à un écoulement de sang : il se demande un instant s'il n'incise pas l'intestin; mais cette membrane n'est pas tendue comme le serait le dernier. Il se décide à l'inciser franchement et tombe alors sur une masse épiploïque, rouge, vasculaire.

En soulevant cette masse, on trouve au-dessous une portion d'intestin, du volume d'un marron, rouge noirâtre, fortement congestionnée, mais sans trace de gangrène ni de perforation : débridement en haut et en dehors sur plusieurs points; il ne débride pas en dedans à cause de l'épiploon qui se trouve situé surtout en dedans. La réduction est assez facile.

La malade se trouve soulagée.

On lui donne un peu de vin, puis 16 grammes d'huile de ricin, mélangée à 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher.

Dans la soirée, la malade a vomi son purgatif, les vomissements persistent, pas de selle, douleurs vives dans le ventre.

Le 29. Même état, nouveau purgatif.

Le 30. Pas de selle ; on se demande ce qui peut encore gêner la circulation intestinale. Est-ce l'épiploon qui formerait une bride, au-dessous de laquelle passerait l'intestin, comme nous l'avons déjà observé cette année. On détache les adhérences de l'épiploon autour de la plaie, et on enfonce profondément le doigt dans le ventre, mais sans trouver d'obstacle. On se décide à lier le pédicule de l'épiploon, à exciser la portion restée au dehors, et on essaye de réduire le pédicule en gardant les fils en dehors, espérant ainsi dégager l'intestin.

Mais peut-être a-t-on affaire à un rétrécissement de l'intestin sous l'influence de la constriction.

La malade succombe à trois heures de l'après-midi.

2 juillet. *Autopsie.* — Péritonite généralisée, fausse membrane, mais peu de liquide.

L'épiploon est déjeté à gauche, un peu tendu, et va se terminer dans la plaie sans occasionner aucun étranglement. On cherche l'anse herniée, on la trouve dans le petit bassin formant un coude, repliée sur elle-même, à angle très-aigu, et interceptant ainsi le passage des matières. L'intestin est rétréci au niveau de l'étranglement, il est parfaitement distendu au-dessus du point étranglé, et au-dessous il est réduit dans le reste de l'intestin grêle au tiers de son volume.

L'anse herniée se trouve à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle.

Au niveau de l'étranglement, on voit sur l'intestin une ligne noirâtre, et à l'intérieur, la muqueuse présente des plaques jaunâtres; elle est ramollie et légèrement érodée.

La persistance de l'étranglement était due à un coude de l'intestin

qui se trouvait un peu rétréci; on peut se demander si on n'aurait pas dû aller chercher dans l'abdomen l'anse herniée, mais l'anse était dans le petit bassin. On aurait pu saisir le bout supérieur et dérouler une grande partie de l'intestin sans rencontrer l'obstacle. Il est certain que rien n'aurait pu mettre sur la voie, c'est ce qui a empêché M. Jarjavay d'agir dans cette circonstance.

La malade a du reste eu une péritonite qui l'aurait enlevée dans tous les cas.

OBSERVATION VI.

Hernie crurale droite étranglée depuis onze jours; opération. Guérison.

Ph..... (Marie), âgée de 68 ans.

Entrée le 3 janvier 1860, salle Saint-Augustin, n° 8, service de M. Michon.

Atteinte de hernie crurale droite depuis quinze ans. Sa hernie est irréductible depuis onze jours, et donne tous les signes de l'étranglement. Elle portait un bandage le jour, mais elle l'ôtait tous les soirs. C'est pendant la nuit que les accidents sont survenus. On n'a pas essayé le taxis. La malade n'a fait appeler aucun médecin.

3 janvier. A son entrée, on trouve une tumeur oblongue, du volume d'un œuf de poule, située au-dessous de l'arcade crurale droite; la tumeur est tendue, douloureuse. La malade a des vomissements verdâtres, fécaloïdes, de la constipation.

Mon ami et collègue Brault, se trouvant de garde, envoie chercher M. Michon, qui arrive à huit huit heures du soir, et procède immédiatement à l'opération.

M. Michon pince la peau au niveau de la tumeur, fait un pli vertical qu'il élève au-dessus de la tumeur, donne un bout de ce pli à tenir à un de nous, et, avec le bistouri, coupe la peau d'avant en arrière, dans toute l'étendue du pli; puis il incise les couches sous-cutanées, arrive sur le sac qui présente une épaisseur de 2 milli-

mètres environ. Le sac incisé laisse voir une masse épiploïque rouge noirâtre, recouvrant une anse d'intestin.

La masse épiploïque est adhérente au pourtour du collet du sac. En raison de ces adhérences et de la tension des parties, M. Michon a beaucoup de peine à débrider. Il incise d'abord l'épiploon qu'il n'a pu détacher, avant de débrider les anneaux fibreux.

Il opère facilement la réduction de l'intestin qu'il trouve d'un rouge noirâtre, mais sans trace de perforation ni de gangrène. L'épiploon est laissé à demeure dans la plaie. — Pansement simple; bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4. La malade est allée à la selle; ses douleurs de ventre sont moins vives; plus de vomissement.

Le 6, le mieux persiste.

Le 10. L'épiploon est en voie d'élimination, l'état général excellent. La malade sort à la fin de janvier, complétement guérie.

C'est un beau cas de guérison, et difficile à expliquer après un étranglement de onze jours. La présence de l'épiploon a dû protéger l'intestin. On peut dire aussi que l'absence du taxis a été une circonstance très-favorable.

OBSERVATION VII.

Hernie crurale étranglée depuis six jours; pas de taxis; opération; perforation de l'intestin; suture de Lembert; réduction; avortement. Guérison.

Séraphine B....., âgée de 36 ans, est entrée, le 26 avril 1860, salle Saint-Augustin, n° 10 (service de M. Michon).

Il y a quatre mois, dans un effort, elle a senti une douleur très-vive dans l'aine du côté gauche. En portant la main dans cette région, elle a trouvé une tumeur : c'était une hernie crurale. Elle n'a pas porté de bandage. Sa hernie n'était pas habituellement réduite, quoiqu'elle fût réductible, et ne lui causait pas trop de gêne.

20 avril. En montant un escalier, elle a été prise d'une douleur

violente dans l'aine, douleur qui s'est généralisée dans le ventre. Bientôt sont survenus des vomissements qui n'ont pas tardé à prendre un aspect verdâtre, porracé, et une odeur fétide. Elle reste dans cet état sans faire appeler de médecin.

Le 26, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le ventre est tendu, ballonné, très-douloureux ; les vomissements fécaloïdes; le pouls très-petit.

On trouve dans la portion crurale de l'aine gauche une tumeur oblongue, à grand diamètre transversal, et pas très-douloureuse. La tumeur n'est pas très-tendue et ressemble à un ganglion enflammé.

M. Michon se décide à l'opération à l'heure de la visite.

La peau est incisée transversalement, après avoir été pincée et soulevée par un aide, de façon à former un pli perpendiculaire à l'arcade fémorale. M. Michon incise les couches sous-cutanées qui recouvrent le sac; celui-ci est ouvert sans qu'il s'écoule de sérosité. Il trouve alors une masse d'un tissu rougeâtre, qui a l'aspect d'un ganglion. On comprend son embarras. « Quand même je ne trouverais pas d'intestin, dit-il, je ne rendrais pas moins service à la malade. » Et il nous cite les cas où un ganglion enflammé avait déterminé des accidents que l'opération avait fait disparaître.

Mais une certaine crépitation qu'il a sentie sous ses doigts le fait croire à la présence de l'intestin. Il dissèque ce tissu rougeâtre avec précaution, et bientôt un flot de liquide sanguinolent s'échappe. En agrandissant l'ouverture, on aperçoit dans le fond une pointe d'intestin; celui-ci est rouge noirâtre, de bonne consistance, et ne paraît pas gangrené. Il débride en dedans, attire un peu l'intestin, et aperçoit alors une perforation.

M. Michon demande des aiguilles à coudre très-fines et du fil de soie : il porte la pointe de l'aiguille à 1 centimètre de la perforation, l'enfonce de dehors en dedans, la fait sortir à mi-chemin du bord de la plaie et du point où elle est entrée dans l'intestin, puis la porte sur la face externe de l'autre lèvre, à un demi-centimètre de son

bord, pour la faire sortir un demi-centimètre plus loin. Il passa ainsi trois fils... Puis, prenant chaque fil séparément, il fait un double nœud avec chacun, et le coupe au ras de la plaie. Les séreuses se trouvent ainsi adossées.

C'est là le procédé de Lembert.

Cela fait, il réduit l'intestin, laissant l'épiploon à demeure.

Le 26. Le soir, à six heures, les douleurs de ventre sont un peu moins vives, les vomissements continuent. La malade n'a pu avaler qu'un demi-verre d'eau de Sedlitz.

On met de la glace sur le ventre, et la malade en met dans sa bouche pour calmer sa soif.

Le pouls est toujours petit, 96. — Un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale.

Le 27. La malade, qui n'avait prévenu personne de sa grossesse, accouche, à quatre heures du matin, d'un fœtus de 4 mois.

Le soir, les vomissements ont cessé, les nausées persistent, le ventre est toujours douloureux ; pouls toujours petit, 96.

28 avril. Les vomissements et les nausées ont disparu : le ventre est moins douloureux ; elle a eu trois selles ; le pouls se relève un peu, moins fréquent, 84.

29 et 30 avril. Même état. — Bouillons légers.

1er mai. La malade va plus mal ; elle est affaissée, assoupie constamment ; la soif est vive, mais le ventre est souple et peu douloureux.

3 mai. La malade est plus affaissée.

5 mai. Elle se trouve mieux, son pouls se relève.

Bouillons et potages légers.

6 mai. Le mieux persiste. — Une portion.

Dès lors elle a continué à aller de mieux en mieux. L'épiploon laissé à demeure s'élimine.

26 mai. La plaie est presque cicatrisée, et la malade sort quelques jours après complétement guérie et munie d'un bandage.

M. Michon a trouvé là un sac épiploïque qui l'a beaucoup embarrassé un instant. En attirant l'intestin, il s'est aperçu d'une perforation : est-ce avec le bistouri, est-ce en déchirant les adhérences, est-ce par l'étranglement qu'elle a été produite? M. Michon restait dans le doute. Dans tous les cas, les parois de l'intestin étaient saines autour de la perforation ; la suture était indiquée et la guérison a été complète.

OBSERVATION VIII.

Hernie inguinale double; la hernie gauche est étranglée; taxis répété; bande en caoutchouc; opération; perforation de l'intestin; suture; réduction; péritonite. Mort; autopsie.

C.... (Louis), âgé de 33 ans, garçon marchand de vins, entre, le 21 janvier 1860, salle Saint-Gabriel, n° 17, service de M. Michon.

Il a deux hernies inguinales depuis douze ans. Ces hernies n'ont pas été maintenues au début ; il est resté quinze mois sans bandage. Deux fois il a eu, du côté gauche, des accidents qui ont nécessité son entrée à l'hôpital, il y a deux ans pour la première fois, et la deuxième fois il y a un an. La hernie est restée irréductible deux jours la première fois, et trois jours la deuxième ; mais, de ce côté, il est toujours resté une masse épiploïque irréductible.

21 janvier. A huit heures du matin, dans un moment de colère, une anse intestinale s'est échappée au-dessous du bandage ; un médecin a essayé inutilement le taxis, et le malade entre à l'hôpital à deux heures de l'après-midi.

A son entrée, on trouve une tumeur cylindrique, tendue et douloureuse à la pression ; elle occupe le côté externe de l'orifice inguinal externe gauche, et en déprimant la peau, on sent la partie interne de l'orifice parfaitement libre et l'on peut y engager le doigt. De cette façon, on sent le pédicule de la hernie dur, tendu, se continuant dans l'abdomen. Le malade a des vomissements bilieux depuis le matin. Le pouls très-lent, 50 pulsations.

Lavement purgatif; glace sur la tumeur.

J'essaye le taxis vers quatre heures. Ayant échoué avec les doigts, j'emploie par deux fois, avec mon ami et collègue Mousteu, la bande en caoutchouc préconisée par M. Maisonneuve; elle ne réussit pas mieux.

Je renouvelle encore vers neuf heures, après un deuxième lavement et un bain d'une heure, une tentative de taxis sans plus de succès.

M. Michon arrive à dix heures du soir, essaye encore le taxis, et ne se décide pas à opérer en apprenant qu'il y a un an cette même hernie s'est réduite après plusieurs tentatives de taxis, au bout de trois jours d'irréductibilité.

Les vomissements sont toujours bilieux; les douleurs pas trop vives. On laisse la glace à demeure, et on donne un lavement d'eau froide avec une longue canule.

Frictions sur la tumeur avec une pommade belladonée.

Le 22. Vomissements verdâtres; constipation opiniâtre; douleurs vives; mais le pouls toujours à 50 pulsations. M. Michon se décide à opérer.

La peau est incisée de haut en bas suivant l'axe de la tumeur. Les couches sous-cutanées traversées, il découvre le sac et l'incise: une quantité considérable de sérosité sanguinolente s'écoule. Il découvre une anse d'intestin volumineuse, débride le collet du sac, et amène à l'extérieur l'anse d'intestin, sur laquelle on aperçut alors une petite perforation : un liquide rougeâtre s'échappe par cette ouverture. M. Michon vide en partie l'anse intestinale, et applique trois points de suture d'après la méthode de Lembert; puis il cherche à réduire. L'anse intestinale est maintenant flasque, mais ne présente pas des signes certains de gangrène; la réduction est facile; l'épiploon laissé à demeure.

On applique trois points de suture entortillée dans le bas de l'incision, et on applique à plat un pansement simple.

On lui donne dans la journée de l'eau de Seltz et un verre d'eau de Sedlitz.

Le soir, vers quatre heures, le pouls est à 80 au lieu de 50; douleurs vives dans le ventre; langue sèche, quelques hoquets, face congestionnée. Je lui fais appliquer 40 sangsues sur le ventre; je prescris des frictions d'onguent napolitain après les sangsues, et lui fais donner 2 verres d'eau de Sedlitz.

Le 23, le malade ne se trouve pas mieux : nausées toute la nuit, vomissements légers, douleurs vives dans le ventre; deux selles.

Le soir, vomissements verdâtres abondants; douleurs très-vives dans le ventre, le malade n'ose pas le toucher; pouls à 116; ventre ballonné.—Frictions d'onguent napolitain belladoné; cataplasmes; glace dans la bouche.

Le 24. Le malade a la face grippée, le pouls très-petit, il se sent à peine; ventre ballonné, très-douloureux; vomissements nombreux, d'un vert foncé; deux ou trois selles. — Opium, 0,10 gr. en 10 pilules, une toutes les heures. Il meurt à dix heures du matin.

Le 25. *Autopsie.* — En ouvrant l'abdomen, on trouve l'épiploon déjeté à gauche, tendu et roulé comme une corde dans sa partie inférieure, qui se termine dans le scrotum. Quantité considérable de pus dans l'abdomen; on amène au dehors l'anse intestinale qui avait été étranglée; elle est rouge noirâtre, et présente à sa surface une couche de fausses membranes jaunes. Des adhérences qui se détachent facilement la tiennent repliée sur elle-même.

Les points qui avaient été le siége de l'étranglement présentent une ligne noirâtre un peu plus foncée.

Le point perforé qui avait été suturé est complétement bouché; les bords de la perforation réunis par de la lymphe plastique; les fils sont dans le même état qu'au moment de l'opération.

En ouvrant l'intestin, on trouve la muqueuse rougeâtre, présentant par places des plaques jaunâtres assez adhérentes; elle est ramollie et présente au niveau de l'étranglement une ligne plus foncée, indice d'une altération plus considérable de la muqueuse.

On trouve dans la plaie une masse épiploïque considérable, ayant la forme d'une poire à grosse extrémité tournée en bas, et ayant le volume du petit doigt dans son extrémité supérieure, au niveau de l'anneau.

C'est l'épiploon qui constituait la partie toujours irréductible de la tumeur, ce qui explique le développement considérable qu'a pris son extrémité inférieure.

L'anneau aponévrotique est large.

On trouve les débris du collet du sac qui ont été le siége du débridement ; ils présentent des plis dans la partie postérieure, qui est intacte, le débridement ayant porté sur la partie antérieure.

Le testicule est sain et situé au-dessous du sac ; les éléments du cordon sont à la partie postéro-interne de la tumeur.

La hernie inguinale du côté droit est peu développée et ne présente rien à noter. C'est l'intestin grêle qui la constituait.

Cette observation est remarquable par la lenteur du pouls, coïncidant avec des signes bien caractérisés d'étranglement. Le taxis a été fait à trois reprises, et de plus on a appliqué deux fois la bande en caoutchouc préconisée par M. Maisonneuve. C'est là un moyen que je crois dangereux ; on ne sait pas au juste la pression que l'on exerce ; elle est d'une application difficile : aussi j'y renonce complétement. Cette observation ne prouve rien contre la réduction après suture dans les cas de perforation. Il n'y avait pas d'épanchement dans l'abdomen ; la plaie était parfaitement réunie par de la lymphe plastique ; les plis étaient intacts.

La forme de la perforation indiquait qu'elle n'avait pas été produite dans le débridement. Elle ne siégeait pas au niveau de l'étranglement ; elle avait probablement été produite par le mécanisme indiqué dans l'observation 3.

OBSERVATION IX.

Hernie inguinale gauche étranglée depuis huit jours; taxis répété; opération; perforation de l'intestin; suture; réduction. Guérison.

Marie B...., âgée de 38 ans, est entrée, le 15 novembre 1860, salle Saint-Augustin, n° 20 (service de M. Michon).

Atteinte d'une hernie inguinale gauche depuis quatre ans, habituellement réductible; n'a jamais porté de bandage.

Devenue enceinte, elle n'a plus été gênée par la hernie.

Elle a accouché le 30 octobre : huit jours après l'accouchement, le mercredi à deux heures de l'après-midi, sa hernie est sortie.

Elle a eu immédiatement des accidents, envies de vomir, douleurs de ventre, bientôt après des vomissements.

Le jeudi seulement, un médecin fait des tentatives inutiles de taxis. Il ne les renouvelle que le samedi. Elle est ensuite restée cinq jours, jusqu'au mercredi 14, sans médecin.

Le mercredi, à huit heures du soir, M. Michon a été appelé et a essayé inutilement le taxis. Il lui a conseillé d'entrer à l'hôpital. Depuis la sortie de la hernie, elle a eu des vomissements qui sont devenus fécaloïdes.

15 novembre. On trouve dans la région inguinale gauche une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, ovalaire, dirigée obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, de gauche à droite.

Cette tumeur est douloureuse à la pression; en remontant au sommet de la tumeur, on sent qu'elle est fortement étreinte. L'orifice inguinal externe ne paraît pas produire l'étranglement; c'est plutôt le collet du sac.

A dix heures du matin, on procède à l'opération. La peau, les tissus sous-cutanés incisés, on arrive sur le sac qui laisse s'écouler une quantité considérable de sérosité. On trouve l'intestin adhérent, malgré cette sérosité, aux parois du sac dans une assez grande étendue. On s'aperçoit en même temps d'un petit pertuis de l'intestin qui laisse sortir un liquide blanchâtre. Cette forme de perfo-

ration montre bien qu'elle n'a pas été produite par le bistouri ; les parois de l'intestin ne sont pas trop altérées.

Avec trois aiguilles à coudre, on passe trois fils qu'on noue au-dessus de la perforation, et on coupe les fils au ras (suture de Lembert). On détache les autres adhérences, et, le débridement fait sur le collet du sac, on réduit tout l'intestin hernié, qui avait environ le volume d'une noix.

M. Letenneur, chirurgien de l'hôpital de Nantes, en voyant la perforation, proposait d'établir un anus contre nature.

A cinq heures du soir, la malade a eu cinq ou six selles sous l'influence d'une bouteille d'eau de Sedlitz. Les vomissements ont cessé ; le ventre est souple et peu douloureux. La malade se trouve bien ; le pouls est un peu fort, 96.

Le 16. Le mieux se soutient ; le cours des selles est définitivement rétabli.

Le 17, une petite tasse de bouillon.

Le 19. Deux bouillons seulement. Le mieux persiste.

Le 21. Un potage. On augmente peu à peu son alimentation ; bouillons épais, panades.

Le 30. Une portion. La malade va très-bien et la plaie se cicatrise.

7 décembre. La malade n'a eu aucune espèce d'accident ; la plaie est complétement cicatrisée.

Cette dernière observation est celle qui présente le plus d'intérêt. Durée de l'étranglement, taxis répété, perforation de l'intestin, tout devait faire prévoir un résultat fatal ; et c'est cependant un des plus beaux cas de guérison que l'on puisse observer. Les perforations de l'intestin ne sont donc pas aussi redoutables qu'on pourrait le croire au premier abord. Ce fait-là, réuni aux précédents, nous semble capable de faire hésiter les chirurgiens décidés quand même à établir des anus contre nature. M. Michon ne prescrit pas l'opium après l'opération ; il donne les purgatifs légers, comme dans les cas ordinaires.

Note relative à l'observation 1re.

23 juillet.

Le malade avait marché rapidement vers la guérison ; mais il présente en ce moment, du côté de la poitrine, des signes de tuberculisation qui peuvent compromettre son existence.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du mouvement circulaire, de la production de la force centrifuge; applications physiologiques.

Chimie. — Des caractères distinctifs du chlore.

Pharmacie. — Des procédés opératoires à l'aide desquels on parvient à dissoudre les parties solubles des plantes, et de l'utilité particulière de chacun de ces procédés.

Histoire naturelle. — La circulation dans les végétaux a-t-elle quelque analogie avec celle de certains animaux?

Anatomie. — En quoi le cerveau de l'homme diffère-t-il de celui des animaux?

Physiologie. — Des phénomènes de circulation artérielle.

Pathologie interne. — De la néphrite albumineuse.

Pathologie externe. — De la brûlure et des accidents qui sont le plus souvent produits par les brûlures d'une grande étendue.

Pathologie générale. — De l'influence exercée sur les qualités physiques du sang et sur sa composition par les maladies inflammatoires.

Anatomie pathologique. — Du ramollissement gélatiniforme de l'estomac.

Accouchements. — Des présentations irrégulières de la tête du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des substances médicamenteuses qui contiennent de la strychnine et de la brucine.

Médecine opératoire. — Du lieu dans lequel on doit pratiquer l'amputation des membres.

Médecine légale. — De la détermination médico-légale de chaque âge en particulier.

Hygiène. — De la durée de la vie en général.

Vu, bon à imprimer.

JARJAVAY, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.